Ueber einen Fall

von

Uterus duplex bicornis cum vagina duplici.

Inaugural-Dissertation

verfasst und

der Hohen medicinischen Facultät

der

Kgl. Bayerischen Julius-Maximilians-Universität
Würzburg

zur Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt von

Heribert Mirbach,
approb. Arzt
aus
Königswinter am Rhein
1885.

Würzburg.
Druck von J. B. Fleischmann.
1885.

Referent:

Herr Geheimrath Dr. Freiherr Scanzoni von Lichtenfels.

Meinen lieben Eltern.

Zu denjenigen Zweigen der Medicin, deren Kenntniss nicht nur den medicinischen Fachmann, sondern auch den gebildeten Laien interessirt, gehört unstreitig die Lehre von den angeborenen Missbildungen (vitia congenita), von den „Entwicklungsfehlern". Abgesehen von der höchst wichtigen Bedeutung, welche dieselbe für die Aetiologie, die Lehre von den Krankheits-Ursachen, hat, ist dieselbe um so mehr geeignet, ein allgemeineres Interesse zu beanspruchen, als sie durch die Bereicherungen, welche unsere Kenntniss von den normalen Entwicklungsverhältnissen des menschlichen Embryo, von der Embryologie, in den letzten Decennien erfahren hat, in ein neues Stadium getreten ist.

Von den Entwicklungsfehlern nun, welchen wir an den verschiedensten Organen begegnen, dürften die Missbildungen der Sexualorgane uns durch besondere Wichtigkeit und nicht minder grosses Interesse imponiren.

Im Sommersemester 1882 wurde durch Herrn Geheimrath von Scanzoni in der hiesigen geburtshülflich-gynäkologischen Klinik eine geisteskranke Person vorgestellt, welche Trägerin eines doppelten uterus mit doppelter Scheide war. Die Kranke starb im Spätsommer, und am 6. Novbr. d. J. wurden ihre Geschlechts-Organe als Spirituspräparat in genannter Klinik demonstrirt. Herr Geheimrath hatte die Güte, das Präparat

sowie das vorhandene Material mir zur Anfertigung dieser meiner Arbeit in bereitwilligster Weise zur Verfügung zu stellen, wofür ich mir gestatte, meinem hochverehrten Lehrer an dieser Stelle meinen wärmsten Dank anszusprechen.

Bevor ich mich zur Besprechung dieses speciellen Falles wende, will ich zuerst eine kurze Uebersicht der Entwicklungsgeschichte des uterus und der Scheide vorausschicken, worauf ich dann die Doppelmissbildungen des uterns und der vagina zu erörtern haben werde.

Vagina, uterus und Eileiter entwickeln sich aus den sogenannten Müller'schen Fäden, auch Müller'sche Gänge, Müller'sche Canäle genannt, die anfangs solide Gebilde sind und später hohl werdeu. Die Tuben bleiben stets doppelt, wogegen uterus und vagina später durch Verschmelzen der Müller'schen Gänge zu einem einfachen Organ werden. Bei jungen Embryonen ist der uterus immer zweihörnig; erst im 6.—7. Monat gewinnt die Gebärmutter bedeutend an Ausdehnung, die Hörner werden nach und nach immer kürzer, bis sie zuletzt vollständig verschwunden sind. „Beim weiblichen Embryo verschmelzen die Müller'schen Gänge in einen einzigen Kanal und dieser gestaltet sich dann im Laufe der Entwicklung zur Scheide und zum Körper des uterus, während die Hörner desselben aus den nicht im Geritalstrang eingeschlossenen benachbarten Theilen der Müller'schen Gänge entstehen". (Kölliker, Grundr. d. Entwicklungsgesch. des Menschen und der höheren Thiere. S. 385.) Anfänglich bilden vagina und uterus nur einen einzigen Kanal. „Erst im 5. und deutlicher im 6. Monat beginnt der uterus sich abzugrenzen dadurch, dass an der Stelle des späteren orificium externum ein leichter ringförmiger Wulst entsteht, der dann nach und nach in den letzten Monaten der Schwangerschaft zur Vaginalportion sich gestaltet". (Kölliker S. 398.)

Während des kindlichen Lebensalters bis zum Eintritt der Pubertaet, also bis zum 13.—15. Lebensjahre, entwickelt sich die Gebärmutter abgesehen von einigen unwesentlichen Veränderungen nicht weiter, so dass der uterus eines neugeborenen Mädchens fast eben so gross ist, wie der eines 10jährigen. Nach dem Eintritt der Mannbarkeit wächst sie wieder bis etwa zum 20. Jahre und darüber und erreicht ihre grösste Ausbildung während der Schwangerschaft.

Zur Bildung von uterus und vagina also treten die Nüller'schen Gänge in ihrem unteren Theile, von der Ansatzstelle der Hunter'schen Bänder, der späteren runden Mutterbänder, an zusammen. Findet nun die Verschmelzung der Müller'schen Gänge nicht in der normalen Weise statt, so kommt es zu Entwicklungsstörungen des weiblichen Genitalkanales, von denen ich die Doppelmissbildungen des uterus und der Scheide im Folgenden näher beschreiben werde.

Man kann 3 Hauptformen des doppelten uterus unterscheiden. nämlich: 1) den uterus duplex separatus seu didelphys (Kussmaul), 2) den uterus septus (Kussmaul) s. bilocularis (Rokitansky), 3) den uterus bicornis.

Beim uterus didelphys sind die beiden Gebärmütter ganz von einander getrennt, die beiden Müller'schen Gänge haben sich isolirt entwickelt. Beide uteri sind meist nur mangelhaft, oder wenigstens ungleich entwickelt. Die Scheide fehlt entweder ganz, oder sie ist nur unvollständig entwickelt, oder sie ist getheilt. Man hat diesen Bildungsfehler niemals allein, sondern in Begleitung anderer Missbildungen bei todtgeborenen oder nicht lebensfähigen Früchten beobachtet, so bei Mangel der vorderen Bauchwand oder der Symphyse, bei Kloakenbildung u. s. w. „Neuerdings sind aber verschiedene Fälle von uterus didelphys bei erwachsenen Frauen veröffentlicht worden. Von Heppner (l. c. S. 202)

bei einem erwachsenen Frauenzimmer ohne Anamnese; die beiden uteri waren solide, tuben und ovarien verhielten sich ziemlich normal, in den letzteren fanden sich Graaf'sche Follikel und menstruale corpora lutea. Interessanter noch ist der Fall von Ollivier (gaz de Paris 14. 1872 s. Schmidts Jahrb. 1873 Bd. 158 S. 41), der eine 42jährige Frau, die 6 mal geboren hatte, secirte. Die beiden Gebärmütter waren durch einen ziemlich beträchtlichen Zwischenraum, der Platz für die Darmschlingen bot, getrennt. Auch die beiden Scheiden waren vollkommen getrennt. Ollivier citirt noch einen ähnlichen Fall von Le Fort, (des vices de conformation de l'utérus et du vagin etc. Paris 1863. p. 47), der eine 25jährige Frau betraf. Ein von mir beobachteter Fall, in dem die rechte Seite verschlossen war, ist von Freudenberg (Zeitschrift f. Geb. u. Chyn. Bd. V. S. 384) veröffentlicht wordeu. Benicke (Zeitschrift f. Geb. u. Chyn. Bd. I, S. 366) beobachtete eine Geburt, bei der die linke Hälfte des uterus didelphys Sitz des Eies war". (Lebroeder, Handbuch der Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane. 1881. S. 38).

Als eine 2. Form von Uterus-Verdopplung wird ein Bildungsfehler beschrieben, den man uterus septus s. bilocularis genannt hat.

Die Gebärmutterhöhle ist bei dieser Form durch eine Längsscheidewand in 2 Hälften getheilt, und wir haben uns ihren Entwicklungsvorgang nach Perls (Lehrbuch d. allg. Pathologie) so vorzustellen, dass die Müller'schen Gänge „sich zwar an der normalen Stelle an einander legen, aber entweder im ganzen Verlaufe oder im Bereiche des uterus durch eine mehr weniger dicke Scheidewand getrennt bleiben, statt zu confluiren"

Reicht die Scheidewand nicht bis zum Scheiden-Eingang herab, sondern nur bis zum orificium internum,

oder bis zu einer gewissen Tiefe des cavum uteri, so spricht man von einem uterus subseptus.

Scheide und hymen können beim uterus septus doppelt oder einfach vorhanden sein, meist jedoch einfach. Aeusserlich sieht die Gebärmutter einfach aus, nur etwas verbreitert.

Die Periode verhält sich normal, und die Blutung stellt sich aus beiden Uterus-Hälften, oder auch aus der einen oder andern ein. Graviditaet kann in beiden Hälften eintreten und unter normaler Dauer und Verlauf zu einem normalen puerperium führen. Mehrfache Beobachtungen und Belege hierfür finden sich in dem bekannten ausgezeichneten Werke von Kussmaul.

Die 3. Hauptform des doppelten uterus bildet der für viele Säugethiere, so Kaninchen, Meerschweinchen u. s. w. normale uterus bicornis.

Es geht der fundus uteri zu 2 seitlichen Hälften oder Hörnern (cornua) auseinander, daher wird die Trennung der beiden uteri hierbei keine vollständige sein. Die Entstehungsweise dieser Form ist die, dass die beiden Müller'schen Gänge „zwar vom Ansatze der ligamenta uteri rotunda an zu stärkeren muskulösen Gebilden werden, aber erst viel weiter unten sich an einanderlegen und zu einem Körper verschmelzen". (Perls, Handb. d. allg. Path. 1879, II. Th., S. 294.) Die beiden Hörner stossen oben unter einem Winkel zusammen, dessen Grösse vom spitzen bis zum stumpfen variiren kann; nach unten aber legen sie sich so aneinander, dass die Höhle des uterus beiden gemeinschaftlich angehört.

Als eine Uebergangsform des doppelten zum normal gebauten uterus kann man den sogenannten uterus arcuatus ansehen, bei welchem in der Mitte des fundus nur eine seichte Einsenkung sich findet, die an die

Zweitheilung erinnert. Es ist dies also der geringste Grad der Missbildung.

Die Scheide ist beim uterus bicornis fast immer nur einfach vorhanden, bei einfacher Vaginalportion, oft ist sie getheilt, bei zweifacher Vaginalportion; doch gilt diese Regel nicht immer. Gewöhnlich zeigen beide Hörner gleiche Entwicklung; es kann aber auch ein solcher Unterschied zwischen beiden existiren, dass man eine Uebergangsstufe zum uterus unicornis (siehe diesen im Folgenden!) vor sich hat.

Die Ausübung des coitus ist bei doppelter vagina sowohl durch die eine wie durch die andere Scheide möglich. Beide Hörner können concipiren, und zwar kann die conception in dem einen oder dem andern Horn erfolgen, oder es können auch beide Hörner zugleich einen foetus beherbergen. Ueber diesen letzteren Fall sagt Kussmaul in seinem Werke (über den Mangel, die Verkümmerung und Verdopplung der Gebärmutter, Würzburg, 1859. S. 244): „Gewiss dürfen wir annehmen, dass gleichzeitige Schwängerung zweier uteri bei völlig gedoppelter Scheide, wenn überhaupt bis jetzt beobachtet (Lobstein?), eine grosse Seltenheit darstellt. Die Möglichkeit dieses Vorkommens muss indessen unbedingt zugestanden werden, da erstlich zuweilen beide Scheiden zum Beischlaf dienen, oder zweitens wenn nur eine benutzt wird ein Loch in der Scheidewand dem Samen erwiesenermassen den Durchgang in die Scheide und den uterus der andern Seite mit nachfolgender Schwängerung zu gestatten vermag, da drittens auf beiden Seiten gleichzeitig reife Eier gebildet werden können und endlich, da viertens aus den Beobachtungen von Hohl, Salert, Geiss u. A. zweifellos hervorgeht, dass jedes Horn eines uterus bicornis gleichzeitig eine Frucht zu beherbergen im Stande ist".

Ist nur das eine Horn schwanger, so wird dennoch das andere nichtschwangere mit hyperplasiren, die

Schleimhaut wird sich zur membrana decidua vera entwickeln und am Ende der graviditaet ausgestossen werden. Die Schwangerschaft kann ihr normales Ende erreichen, es ist dies sogar die Regel.

Als erwähnenswerthe Abnormität im Verlauf der Gekurt will man eine geringe Verzögerung beobachtet haben. „P. Müller (Archiv f. gyn. Bd. V. S. 132) und Borinski (Arch. f. gyn. Bd. X. S. 145) sahen durch Vorliegen des nicht geschwängerten, stark hypertrophischen Hornes eines doppelten uterus ein mechanisches Geburtshinderniss entstehen". (Schröder, Lehrbuch d. Geburtsh. S. 486). Bei Schwangerschaft des einen uterns kann in Folge der Ausdehnung desselben ein solcher Druck auf die Scheide des andern, nichtschwangeren ausgeübt werden, dass bei der Menstruation der Abfluss des Blutes eine Behinderung erfährt und also gleichzeitig Haematometra und Graviditaet bestehen. Ferner setzt die Scheidewand der vagina manches Mal ein mechanisches Geburtshinderniss.

In wenigen Fällen fanden gefährliche Blutungen in der Nachgeburtsperiode statt. Auch Wehenmangel und Metracinesis kommen bei Geburten eines doppelten uterus vor. Endlich sind Rupturen des uterus bei der Geburt mehrmals beobachtet worden, die natürlich den Tod der Mutter zur Folge hatten.

Man hat zuweilen bei uterus bicornis Fehlen einer Niere, Kloakenbildung, sowie andere Bildungsfehler beobachtet.

Von Rokitansky und andern Autoren wurde eine bei uterus bicornis vorkommende Bauchfell-Dupplikatur beschrieben, welche von der vorderen Mastdarmwand zwischen den beiden Hörnern durch sich bis zum fundus der Harnblase erstreckt und, wenn sie sich bis zu einer bedeutenden Höhe erhebt, die Höhle des kleinen Beckens geradezu in eine rechte und linke Hälfte thei-

len kann. Dieselbe stellt nach Kussmaul „gewissermassen ein Aufhängeband der Gebärmutter“ dar und wurde von ihm ligamentum rectovesicale genannt.

Die Diagnose eines doppelten uterus dürfte wohl bei schwangerem wie nichtschwangerem Organ, besonders aber im ersteren Falle schwer zu stellen sein und selbst einer genauen Untersuchung manches Mal unbekannt bleiben, wenn nicht das Vorhandensein einer doppelten Scheide sogleich entdeckt wird. In der Regel wird die Anomalie erst auf dem Sektionstische erkannt. „Es kann leicht vorkommen, dass eine vorhandene doppelte Scheide übersehen wird. So untersuchten 2 erfahrene Geburtshelfer (Franz Anton Mai, der Verfasser des Stolpertus, Schwiegervater des älteren Naegele und Professor Fischer in Heidelberg) eine 20jährige Erstgebärende. Während der eine behauptete, der Muttermund sei geöffnet, versicherte der andere, er sei vollständig geschlossen. Fast wäre es zu heftigem Streite gekommen, wenn nicht eine sorgfältige Untersuchung ergeben hätte, dass jeder in eine andere Scheide und an einen andern Muttermund gekommen war“. (Schröder, Lehrb. d. Geburtsh. 1880. S. 377 Anmerkung.)

Einen ganz ähnlichen Fall erzählte Herr Geheimrath von Scanconi in der hiesigen geburtsh.-gynäkol. Klinik, dessen er sich aus seiner früheren Thätigkeit als Assistenzarzt an der syphilitischen Klinik in Prag erinnerte. Eine Syphilitische sollte, da das Geschwür an der Vaginalportion, dessentwegen die Kranke in genannter Anstalt behandelt wurde, sich bei der Untersuchung mit dem speculum, welche der Primärarzt vornahm, als nicht mehr vorhanden erwies, entlassen werden. Kurz vor ihrem Austritte untersuchte Herr von Scanzoni die Patientin noch einmal und fand, dass das Geschwür noch existirte. Nun passirte es in der Folge beiden Horen bei wiederholten Untersuchungen, dass

sie bald ein Geschwür fanden, bald nicht. Es lag hier eben auch ein Fall von Doppelmissbildung des uterus vor.

Als eine auf der niedrigsten Stufe stehende Bildungshemmung wird von Herrn von Scanzoni ein uterus bipartibus in seinem Lehrbuch der Krankh. d. weibl. Sexualorg. beschrieben.

„Sie stellt 2 in tuben auslaufende, länglich runde, hohle, seitlich gestellte, erbsen- bis bohnengrosse Körper dar, welche als die Hörner der Gebärmutter zu betrachten sind, welch' letztere nur durch ein mehr oder weniger dichtes, einzelne glatte Muskelfasern einschliessendes Bindegewebe angedeutet wird. Dieses rudimentöre Organ steht nach unten mit der entweder ganz oder theilweise in einen zelligen Strang umgewandelten vagina in Verbindung, und auch die Tuben, sowie die runden Mutterbänder sind zuweilen nur rudimentär vorhanden, wobei bemerkt werden muss, dass die Bildungshemmung nicht selten auf der einen Seite ausgeprägter ist, als auf der andern". Nach Herrn von Scanzonis Ansicht steht der uterus bipartitus dem vollständigen Mangel des Organes sehr nahe, und sind mehrere als gänzlicher Uterus-Mangel beschriebene Fälle richtiger in die Categorie der rudimentären Bildungen zu rechnen.

Von den zahlreichen Beispielen von gravidität bei Doppelmissbildungen des uterus, welche Kussmaul in seinem schon erwähnten Werke zusammengestellt hat, will ich mir erlauben, 2 Fälle, welche Schwangerschaften bei uterus duplex bicornis cum vagina duplici betreffen, hier anzuführen. Es sind dies die Beobachtungen von Oldham, Guys Hospital Reports, vol. VI. 1849, p. 351 und Lampe, Wiener Wochenbl. 1856. Nr. 33.

„Auch Oldham beobachtete eine Kreissende mit vagina und uterus duplex und zwar wahrscheinlich bicornis. Das Letztere schliesst Oldham aus der Lage des schwangeren uterus in der linken Seite der Bauchhöhle und weil die Muttersonde bei der Untersuchung nach überstandenem Wochenbette vom linken Orificium aus nach links, vom rechten nach rechts hin abwich. Das Kind wurde ohne Kunsthülfe lebendig geboren, die placenta musste gelöst werden, es blieb ein Stück zurück und veranlasste Blutung. Die Scheidewand der vagina blieb unverletzt".

„Lumpe stellte an einem lebenden Weibe, welches glücklich niederkam, die Diagnose eines uterus duplex bicornis cum vagina duplici sicher.

Diese Frau war in einer 10jährigen Ehe unfruchtbar geblieben, hatte an Menstruationsbeschwerden und leichter Blennorrhoe der Scheide gelitten. Endlich concipirte sie. Die Reinigung blieb bis auf einen geringen Abgang blassen Blutes im 3.—4. Monat durch die ganze Dauer der Schwangerschaft weg. Die Geburt eines zarten am Leben gebliebenen Mädchens erfolgte im Anfang des 9. Monates. Lumpe, der die Frau schon vor der Schwangerschaft untersucht und den Zustand ihrer Geschlechtstheile erkannt hatte, wurde gerufen, um den Mutterkuchen zu lösen, was ohne Zufälle gelang. Das Wochenbett verlief regelmässig. — Die Scheide dieser Frau war durch eine, am Eingang beginnende, in den unteren Dritttheilen wahrscheinlich durch den coitus abgelöste Scheidewand, die wie ein Segel schlaff herabhing, und bei der Untersuchung bald den linken, bald den rechten Muttermund verdeckte in 2 Theile gesondert. Die portio vaginalis beiderseits war etwas klein. Der Grund der Gebärmutter erschien bei der Ungeschwängerten deutlich nach rechts und links abgebogen. Ebenso erkannte Lumpe, als er nach

der Geburt in die Höhle des linken Hornes einging, dieselbe retortenförmig nach links gerichtet. Der Scheidentheil des rechten Hornes war nach der Geburt ganz verstrichen und der Muttermund nur durch ein seichtes, von einem wulstigen Ring umgebenes Grübchen bezeichnet, so dass es leicht hätte übersehen werden können".

Den erörterten Doppelbildungen der Gebärmutter will ich eine kurze Besprechung des sich jenen anreihenden einhörnigen uterus (ut. unicornis) folgen lassen. Bei dieser Form wird nur der eine Müller'sche Gang zum mehr weniger vollständigen uterus entwickelt, wogegen der andere zum grössten Theil oder ganz verkümmert, so dass er sich uns nur als ein kleines hohles oder solides Rudiment repräsentirt oder auch gänzlich fehlt. Findet sich das rudimentäre Horn gar nicht vor, so fehlen immer die Uterus-adnexa der betreffenden Seite, sie fehlen mitunter selbst bei Anwesenheit des rudimentären Hornes. Die Diagnose des einhörnigen uterus ist an der Lebenden so gut wie unmöglich. Die Menstruation verhält sich regelmässig. Schwangerschaft des entwickelten Hornes kann stets zum normalen Ende gelangen. Auch das rudimentäre Nebenhorn ist conceptionsfähig, jedoch wird die Frucht in ihm niemals ausgetragen werden, sondern im 3.—6. Monat durch Ruptur der exitus lethalis der Frau erfolgen. Häufig ist Schwangerschaft des rudimentaren Nebenhornes mit Tuben-Schwangerschaft verwechselt worden.

Nach diesen eingehenden Erörterungen wende ich mich nunmehr endlich zur Besprechung meines speciellen Falles, indem ich zunächst die Krankengeschichte in etwas veränderter Form wiedergeben und dann die Beschreibung des Präparates folgen lassen werde.

Philomele Weingart aus Sulzthal, ledig, katholischer Confession, war 2 mal im hiesigen Juliusspital.

Zuerst trat sie, 28 Jahre alt, in dasselbe ein am 25. Mai 1877, und man stellte damals die Diagnose auf Melancholie. Hereditäre Disposition zu Geisteskrankheiten war nicht vorhanden. Patientin hatte gesunde Geschwister und lebte in der Familie einer verheiratheten Schwester, war beliebt in ihren Kreisen und früher gesund, heiter und natürlich. Seit längerer Zeit litt sie schon an chronischer metritis mit sehr profusen Menstruationen, wodurch sie hochgradig anämisch wurde. Im Mai 1879 trat eine psychische Verstimmung bei ihr auf, sie war traurig und niedergeschlagen. Der sie behandelnde Arzt fuhr sie nach einer angestellten Untersuchung etwas hart an, weil sie von einem Manne inficirt sei, worüber sie in noch grösseren Kummer gerieth. Sie glaubte nun, sie hätte ihre ganze Familie in's Unglück gestürzt, sie sei eine grosse Sünderin, die verdiente, verbrannt zu werden. So wurde sie am 25. Mai in's Spital verbracht. Bei der Aufnahme zeigte sie tiefe Depression, äusserte aber nur wenige Klagen. Es bestand eine profuse Uterinblennorrhoe bei ihr, deren intensiver Geruch es kaum möglich machte, sie mit anderen Kranken zugleich in einem Zimmer zu halten. Dieser Umstand belästigte sie nur sehr wenig, dagegen war sie immer tief bekümmert durch die Wahnidee, ihre Angehörigen zu Hause würden verbrannt. Seit Juni litt sie 14 Tage lang an einer heftigen eitrigen metritis mit Schüttelfrösten und hohem Fieber. Psychisch war sie während dieser Zeit ganz apathisch und äusserte spontan keine Wahnideen, jedoch auf Befragen producirte sie dieselben stets auf's Neue. Im Juli und August war sie zeitweise in glücklicher, heiterer Stimmung.

Unter der mir vorliegenden Krankengeschichte fand ich einen vom 24. September 1879 datirten Brief der Patientin an ihre Angehörigen, worin sie ihre grosse Sehnsucht nach denselben ausspricht und sie bittet, sie

nach Hause abzuholen. Sie glaubt, sie habe ein grosses Unglück über die Ihrigen gebracht, desshalb habe sie den Tod verdient u. s. w. Ihres körperlichen Leidens ist in dem Schreiben seltsamer Weise mit keinem Worte Erwähnung gethan.

Das Körpergewicht der Patientin betrug bei ihrem Eintritt in's Spital 50 Kilogr., sank dann auffallender Weise allmälig bis unter 44 und stieg von Mitte August bis zu Anfang November wieder langsam auf 49—50 Kilogr.

Von Anfang October an weinte die Kranke Stunden lang täglich darüber, dass sie nicht nach Hause dürfe, sie wisse doch, dass ihre Leute hingerichtet würden, sie wolle heim und sich dort gern verbrennen lassen, wenn sie nur ihre Leute noch einmal sehen könnte. Später verweigerte sie zeitweise die Nahrungsaufnahme und wollte sich nicht zu Bett legen, wenn sie nicht heim dürfte. Am 20. November 1879 wurde sie auf dringendes Bitten entlassen, damit sie zu ihren Leuten komme und zeigte sich sehr beglückt über ihre Entlassung.

Die Kranke wurde zum 2. Mal in das hiesige Juliusspital aufgenommen am 15. März 1882 und auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses in die Irrenabtheilung verbracht. Die Angaben, welche die 2. Anamnese enthält, stimmen im Wesentlichen mit denen der ersten überein. In den 3 Jahren, welche zwischen ihrem 1. und 2. Spitalaufenthalte lagen, war sie nach Angabe ihres Schwagers fast gänzlich frei von Wahnideen, nur beim Tode ihres Vaters traten dieselben wieder hervor. — Offenbar hervorgebracht durch ihren körperlichen Zustand, zeigte sie stets eine traurige Stimmung, war jedoch in Gesellschaft haltbar.

Status praesens. Patientin ist eine äusserst anämische und schwächliche Person und legt eine sehr deprimirte Gemüthsstimmung zu Tage, die nicht zum geringsten Theil durch ihr somatisches Leiden beeinflusst zu sein scheint. Sie hat einen geradezu abscheulich riechenden fluor, der sich in solchen Massen aus den Genitalien ergiesst, dass der Platz, wo sie längere Zeit steht, durch eine Lache kenntlich gemacht wird. Nach Aussage ihres Schwagers wurde sie hauptsächlich wegen dieses fluors zum 2. Mal in's Spital verbracht. Ausserdem fand sich eine Blennorrhoe des linken Auges bei ihr vor, jedenfalls durch Selbstinfektion entstanden. Wahnideen äusserte sie nicht; ihre Antworten, die man ihr förmlich abnöthigen musste, gaben ihre tiefe Verstimmung über ihren körperlichen Zustand kund. Sie ass nur wenig und gewöhnlich nur auf Zureden.

Es wurden Bepinselungen mit 1% Lösung von Argentum nitricum vorgenommen, 2mal täglich Sitzbäder verordnet und Irrigationen mit leichter Carbollösung vorgenommen, ohne dass jedoch der fluor gewichen wäre, während am 1. April schon die Blennorrhoe am Auge fast verschwunden war.

Man verbrachte die Kranke eine Zeitlang in die hiesige geburtsh.-gynäkol. Klinik, woselbst sie auch einmal vorgestellt wurde. Sistirung des Ausflusses trat auch während der Behandlung in dieser Klinik nicht ein.

Im Juni machte sich bei ihr ein ziemlicher Grad von Schwachsinn bemerkbar, während eigentliche Wahn-Ideen fehlten. Nach längeren Verhandlungen mit der Heimathsbehörde wurde die Kranke auf Anregung des hiesigen Juliusspitales hin in die Anstalt für Unheilbare verbracht. In derselben starb Patientin am Ende des Sommers 1882. Datum, sowie die Ursache und Art ihres Todes sind mir nicht bekannt, da ich von dem Sektionsberichte keine Einsicht nehmen konnte. Wahr-

scheinlich ist sie wohl an einer peritonitis zu Grunde gegangen.

Ob schon bei Lebzeiten unserer Patientin die Diagnose eines uterus duplex bicornis cum vagina duplici mit Sicherheit gestellt worden ist, oder ob das Vorhandensein dieser Anomalie erst bei der Obduktion entdeckt wurde, weiss ich nicht. Es erübrigt mir hier nur noch die Beschreibung des Spirituspräparates der inneren Geschlechtsorgane.

Die aufgeschnittenen Uterus-Hörner sind beiderseits 5 cm. lang und 3 cm. breit, erscheinen also etwas vergrössert, da Patientin niemals geboren hat. Ein cavum uteri ist nicht vorhanden. Der Winkel, welchen beide Hörner miteinander bilden, ist etwas grösser als ein rechter; ein fundus existirt also hier nicht. Die portio vaginalis gehört beiden uteris gemeinsam an. Das septum beginnt unten schmal, verdickt sich aber schnell nach oben zu. Der cervix erscheint breiter als bei einem normal entwickelten uterus; schon im corpus uteri beginnen die Hörner auseinander zu weichen. Beide Hörner fühlen sich hart und derb an, was zum Theil allerdings der Einwirkung des Alkohols, in welchem das Präparat schon eine Zeitlang aufbewahrt wurde, zuzuschreiben ist. Die palmae plicatae der Schleimhaut finden sich nicht ausgeprägt. Die linke aufgeschnittene vagina war erkrankt; ihre Länge misst vom frenulum bis zu einer Fistelöffnung, durch die sie mit dem unterhalb des rechten Uterus-Hornes gelegenen Sitz der Blennorrhoe communicirte, 11 cm. Die rechte, ebenfalls aufgeschnittene vagina war gesund, sie endet oben blind, ihre Länge beträgt gleichfalls 11 cm. Beide Gebärmütter communiciren also nur mit der linken erkrankten Scheide, aus welcher sich der Eiter ergoss. Besonders bei der Untersuchung mit dem speculum, beim Ueberstreichen der Vaginalwand mit dem Finger, sowie bei leichtem Druck auf die Bauchdecken ober-

halb der symphyse sollen sich jedes Mal sehr copiöse Massen höchst föditen Eiters aus der kranken linken Scheide entleert haben. Die Schleimhaut der linken vagina ist dementsprechend verändert, die rechte Scheide zeigt normale Schleimhaut. Die Grösse des rechten und linken ovariums beträgt 3,5 cm., die Länge der Tuben vom ostium abdominale bis zum ostium uterinum tubae etwa 2 cm.; es erscheinen also beide Eileiter ganz bedeutend kürzer als gewöhnlich. An den äusseren Genitalien zeigt sich nichts Bemerkenswerthes, ebenso nicht an den breiten und runden Mutterbändern.